10

DU CANCER DU POUMON.

N° 3.



THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,

le 19 Janvier 1867,

PAR

Joseph GIUSTINIANI,

Né à Zigliara (Corse),

Ex-Médecin requis à l'hôpital thermal militaire d'Amélie-les-Bains

Ex-Médecin à la colonie pénitentiaire de l'île du Levant

Membre titulaire de la Société médicale d'émulation, etc. etc.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

MONTPELLIER,

IMPRIMERIE L. CRISTIN ET COMPe, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5.

1867

A la Mémoire vénérée

DE MA MÈRE.

Regrets éternels !

AU MEILLEUR DES PÈRES.

Si mes premiers essais peuvent être une récompense de votre amour sans bornes et de vos nombreux sacrifices, acceptez-en l'hommage.

J. GIUSTINIANI.

Je prie M. GAVINI DE CAMPILE,

Préfet des Alpes-Maritimes;

M. SANTINI, Sous-Intendant militaire,

et sa Dame;

Messieurs les Professeurs RÉNÉ,

COMBAL et ESTOR,

d'agréer ce témoignage de reconnaissance pour la bienveillance dont ils m'ont honoré.

J. GIUSTINIANI.

A TOUS MES PARENTS.

Amitié et attachement.

A mes Maîtres.

Reconnaissance.

A MES BONS AMIS.

Souvenir.

J. GIUSTINIANI.

DU CANCER DU POUMON.

AVANT-PROPOS.

Ayant, il y a déjà quelque temps, observé dans le service de clinique chirurgicale, deux cas de *cancer* des poumons qui se sont succédés dans un laps de temps très-restreint, nous avons été frappé de ces deux faits, parce qu'ils n'ont été constatés qu'à l'autopsie, et que leur existence n'avait même pas été soupçonnée pendant la vie.

En serait-il toujours ainsi? N'est-il pas possible d'arriver au diagnostic? N'y a-t-il pas de signes pathognomoniques de cette terrible affection? Telles sont les questions que nous nous sommes posées et que nous avons essayé de résoudre dans notre thèse inaugurale.

Il est vrai qu'on pourra nous reprocher de n'avoir pas choisi pour sujet de notre étude une affection plus commune, plus vulgaire; nous

répondrons à cela que le cancer des poumons n'est peut-être pas aussi rare qu'on se l'imagine généralement, puisque nous pouvons signaler trois cas de cette affection observés dans l'espace d'environ deux mois, dans les hôpitaux de Montpellier. Deux de ces cas feront l'objet de notre thèse ; le troisième a été observé à l'Hôpital-Général section des aliénés. Ce dernier cas, nous ne pouvons malheureusement que le mentionner, faute d'amples détails.

Ces trois cas d'affection cancéreuse des poumons, s'observant à de si courts intervalles, ne montreraient-ils que le fait d'une simple coïncidence ? Nous sommes porté à croire que si on ne constate pas plus souvent des cas pareils, cela tient à ce que, dans la clientèle civile, les autopsies ne sont pas faites. De toutes les observations relatées, soit dans certains ouvrages, soit dans les journaux de médecine, aucune n'a été faite pendant la vie ; toutes ont été constatées à l'ouverture cadavérique ; le diagnostic s'est donc trouvé impuissant et l'autopsie seule a révélé l'existence des cancers des poumons.

On pourra nous reprocher encore d'avoir choisi un sujet sans intérêt au point de vue pratique. En supposant effectivement le cancer des poumons bien diagnostiqué, quelle en sera la thérapeutique et à quoi pourront aboutir les généreux efforts du

médecin? L'homme de l'art convaincu de son impuissance, ne renoncera-t-il pas alors à toute indication, au grand désespoir du malade qui veut au moins être soulagé, si on ne peut pas le guérir?

Nous sommes obligé de reconnaître la valeur de cet argument; mais quoique nous soyons bien assuré qu'un traitement approprié ne puisse pas toujours accompagner le diagnostic, nous pensons néanmoins que pour sa satisfaction personnelle et en attendant mieux, le médecin doit au moins aspirer à établir un bon diagnostic.

Quoi qu'il en soit, notre bonne volonté et les efforts que nous avons faits pour arriver à quelques résultats dans une question aussi épineuse, seront, nous osons l'espérer, un titre à la bienveillance de nos Juges. C'est là notre seule ambition, après celle de nous montrer un jour digne des savantes leçons que nous avons reçues de nos Maîtres, en tâchant de nous rendre utile dans la carrière que nous avons embrassée.

DIVISION DU SUJET.

Le plan que nous avons adopté pour notre travail est des plus simples (1). Nous commençons d'abord par rapporter nos deux observations : nous étudions ensuite successivement l'anatomie pathologique, l'étiologie, la symptomatologie et les éléments du diagnostic d'après les recherches auxquelles nous nous sommes livré. Nous terminons enfin par des conclusions résumant l'état de la science à ce sujet. Mais auparavant disons deux mots de l'historique de cette question.

Historique. — Mal et peu étudié dans l'antiquité, le cancer du poumon a été pour la première fois signalé d'une façon nette et précise par Morgagni dans le paragraphe 22 de sa XXIIe lettre.

Dans le recueil d'*Observations rares*, de Jean Schenck, il y a bien à la rigueur plusieurs observations qui nous ont paru se rapporter à l'affection qui nous occupe. Ainsi, page 440 et 441 de son tome I, cet

(1) Nous avons éliminé tous les cas de cancers intrathoraciques qui ne siégeraient pas dans les poumons. Nous n'en parlerons, du moins, que dans les rapports que ces tumeurs peuvent affecter avec les organes respirateurs.

auteur cite quelques faits, mais sans aucun détail et par conséquent sans profit pour ceux qui le lisent. Nous ajouterons enfin que ce qu'il décrit sous le nom de *atheromata* et *stealomata in pulmone,* est très-vraisemblablement l'encéphaloïde du poumon, forme isolée ; mais nous donnons cette opinion sous toutes réserves, attendu que Schenck n'est mentionné par aucun des pathologistes qui ont fait des recherches sur le cancer des poumons. Van-Swieten (Comment. sur Boerhaave) rapporte une observation.

Mais il faut arriver aux temps modernes, pour trouver des descriptions vraiment scientifiques du cancer des poumons. Parmi les auteurs que nous avons consultés avec le plus de fruit pour rédiger notre travail, nous citerons : Laennec pour l'anatomie pathologique (chap. VI du Traité d'auscultation médiate) ; il est à regretter que ce célèbre observateur, ait si mal traité les questions relatives à la symptomatologie et au diagnostic qui, au point de vue pratique, sont, sans contredit, les plus importantes. C'est que, probablement, il est arrivé à Laennec ce qui est arrivé à la plupart des auteurs qui l'ont suivi, et ce qui est arrivé à nous-même, pour les deux cas de notre dissertation, c'est-à-dire que les lésions n'ayant été reconnues que *de visu et post mortem,* il était difficile, sinon impossible, de rapporter exactement les phénomènes qui s'étaient manifestés durant la vie, l'attention n'ayant nullement été attirée de ce côté-là. Après Laennec,

nous citerons Bayle, qui a décrit le cancer des poumons sous le nom de *phthisie cancéreuse* (sixième forme de phthisie); puis, le mémoire de Hughes, traduit de l'anglais par Henri Roger (*Archives générales de médecine*, décembre 1841); et enfin le mémoire de William Stokes, professeur à Dublin, également traduit par H. Roger (p. 304 du t. XIV de la 3me série des archives). Dans ce mémoire, la question de la symptomatologie et du diagnostic est beaucoup mieux traitée qu'ailleurs. On peut dire qu'à partir de ce moment la science est fixée. En donnant à chacun ce qui lui appartient et en résumant dans trois noms l'historique du cancer du poumon, nous dirons : à Morgagni revient l'honneur d'avoir signalé clairement l'affection ; à Laennec le mérite d'avoir fait exactement l'anatomie pathologique ; à William Stokes enfin, le talent d'avoir donné un assez bon tableau de la symptomatologie et du diagnostic.

Néanmoins, même après tout ce qui avait été dit par ces trois grands hommes, la question n'était pas encore épuisée ; d'autres savants s'en sont occupés après eux, et nous avons tâché d'en retirer notre profit. Nous nous sommes servi, et avec avantage, de certains articles très-intéressants, disséminés dans les journaux, entr'autres d'un article de Heifelden et d'un autre, sans nom d'auteur, publié en 1846 dans le tome XII de la quatrième série des archives ; nous avons aussi utilisé un grand nombre d'observations

éparses çà et là, et, en dernier lieu, quelques thèses, celle par exemple de M. H. Gintrac, inscrite sous le n° 15 de l'année 1845, et celle de M. Aviolat, 1861, thèses de Paris. M. H. Gintrac a réuni un grand nombre d'observations de cancers intra-thoraciques, et M. Aviolat a donné une analyse de la plupart des faits publiés jusqu'à cette époque. Nous renverrons encore à l'article de Bégin dans le Dict. de méd. et de chir. prat. (tom. IV, pag. 489), et au résumé que MM. Monneret et Fleury ont inséré dans leur Compendium de médecine. Après ce court historique, que nous avons abrégé pour éviter l'aridité inhérente à une pareille matière, nous pouvons exposer les deux observations que nous avons faites et que nous avions annoncées au commencement de notre thèse.

Observation I.

Baptiste Jourdan, 36 ans, terrassier à Nimes, entré le 10 janvier 1866 à l'hôpital St-Éloi, service de M le professeur Bouisson, où il occupait le n° 65 de la salle des blessés civils.

Lors de son entrée, ce malade était déjà dans un état de marasme avancé ; aussi, soit que l'interrogatoire l'ait ennuyé, soit que son intelligence ne lui permît pas de mieux répondre aux questions qui lui furent adressées, nous n'avons pu obtenir de lui que des

renseignements négatifs sur ses antécédents propres et sur ceux de sa famille. Il nous a même rendu un compte très-inexact de la marche et des symptômes de l'affection dont il est porteur ; ainsi, tandis qu'il en faisait remonter le début à trois mois seulement, un de ses proches parents nous a assuré depuis, que deux années au moins de douleurs avaient précédé l'entrée de cet homme à l'hôpital. Il est vrai d'ajouter que peut-être avait-il été induit en erreur par ce fait que la tumeur qui primitivement avait une marche des plus lentes, à la suite d'une variole grave traitée à l'hôpital de Nimes le mois d'octobre 1865, augmenta très-rapidement de volume en fort peu de temps; quoiqu'il en soit, vers le 10 janvier, on pouvait constater une vaste tumeur occupant le creux axillaire gauche, s'élevant et recouvrant le bord axillaire de l'omoplate, venant faire une saillie énorme dans la fosse sous-épineuse. Elle repoussait le bras loin du tronc, et malgré ses efforts, le malade ne pouvait pas l'en rapprocher.

Cette tumeur, assez régulière à l'aspect, était dure, recouverte en certains points d'une peau rouge et amincie, et présentant en arrière et en haut une ulcération qui donnait issue à un *ichor* d'une odeur vraiment repoussante. La peau, au voisinage de l'ulcération, était décollée et recouvrait un clapier d'une étendue qui s'accroissait de jour en jour. La palpation augmentait l'intensité des douleurs, dont le caractère lancinant était accusé par le malade.

De grosses veines variqueuses et sous-cutanées sillonnaient sous forme de lignes bleuâtres non-seulement la périphérie de la tumeur elle-même, mais encore la paroi thoracique antérieure, et nous appellerons l'attention sur ce fait.

Quant aux symptômes secondaires de cet état local, ils consistaient en une face pâle et terreuse plutôt que jaune-paille, yeux excavés, pouls petit et fréquent; en un mot, tous les signes d'une cachexie avancée.

L'ulcération de la tumeur prit bientôt des dimensions considérables, et redoubla le nombre et la violence des phénomènes réactifs. La diarrhée colliquative vint en effet miner le malade et résista à tous les moyens employés en pareil cas.

La fièvre devint continue et prit tous les caractères de fièvres hectiques avancées; la face revêtit cet air de stupeur caractéristique d'une fin prochaine; néanmoins le malade ne souffrait nulle part. Peu de temps avant sa mort, nous étant aperçu qu'il avait de la gène à respirer et que son mode de respiration était suspirieux et saccadé, nous voulumes l'ausculter; mais le malade réunit assez de forces pour nous en détourner, nous assurant que là n'était pas son mal, et que toujours il avait eu, suivant ses expressions, une bonne poitrine.

Le malade s'éteignit après une longue agonie dans la nuit du 1er au 2 février.

L'autopsie fut faite vers les trois heures de l'après-midi. Voici ce que l'on constata :

La tumeur était composée de portions facilement isolables les unes des autres, même sans le secours du scalpel : il est probable qu'elle avait son siége dans les ganglions axillaires. En la disséquant avec soin, on trouvait enfouis dans son épaisseur les nerfs et les vaisseaux axillaires. Les nerfs étaient parfaitement sains, quoique entourés de toute part par de la substance cancéreuse; ils s'étaient, pour ainsi dire, creusé une sorte de gouttière au sein de la tumeur, et en tirant sur eux, on les faisait mouvoir moyennant la déchirure de quelques filaments celluleux excessivement laches et minces. Un stylet ou un instrument mousse quelconque suffisait à les isoler. Ainsi donc, le tissu nerveux avait su résister à l'envahissement du cancer et se conserver intact au milieu d'éléments dégénérés.

L'artère était perméable, et avait, comme les nerfs, conservé son aspect et sa constitution ordinaires. Quant aux veines, la plupart étaient envahies par la dégénérescence. Toutes les petites veines qui se rendent à l'axillaire étaient, dans un trajet plus ou moins long, remplies par de la matière cancéreuse ; il en en était de même de la veine brachiale dans sa partie supérieure et dans une étendue d'environ 4 centimètres. La veine axillaire ainsi que la basilique avaient triplé de volume et étaient complètement oblitérées par de la matière cancéreuse. Pour ne parler

que de l'axillaire, elle ressemblait à une anse intestinale dans laquelle on aurait coulé de l'axonge. Les parois de ces vaisseaux étaient épaissies, d'une coloration légèrement rosée, contrastant avec celle du contenu qui était tout-à fait blanc et tout-à-fait inséparable des parois vasculaires. Sur ces parois et dans l'interstice de leurs membranes (cela était surtout visible pour l'axillaire), on voyait ramper de petits vaisseaux perméables.

Comme on le voit, la circulation du retour du membre supérieur gauche devait être en grande partie supprimée; la céphalique seule était restée perméable; elle allait se jeter dans la portion inférieure ou externe de la sous-clavière qui, quoique altérée dans sa texture, était encore, elle aussi, perméable, et permettait de comprendre comment le membre supérieur gauche n'était pas tombé en gangrène. Il était du reste tellement œdématié dans toute son étendue, qu'en pressant avec le doigt on pouvait aisément y enfoncer toute la phalange unguéale. En râclant avec un bistouri la portion la plus externe de la veine sous-clavière, on obtenait une matière pulpeuse qui, examinée au microscope, ne laissait aucun doute sur sa nature spécifique. On ne trouvait cependant rien d'analogue dans la portion la plus interne de la même veine, qui avait conservé à ce niveau son aspect normal. Les veines scapulaires, comme celles du creux de l'aisselle, étaient dégénérées; les jugulaires étaient saines. Les ganglions

3

sus-claviculaires étaient volumineux et de la grosseur d'une olive.

Arrivons maintenant aux lésions intra thoraciques et intra-abdominales.

1° *Lésions intra-thoraciques.* — Dans le médiastin antérieur, on trouvait une tumeur de la grosseur du poing, reposant en bas et en avant sur le péricarde; en arrière, sur la trachée et les organes en rapport avec elle; à cheval, pour ainsi dire, sur la bronche droite, cette tumeur formait sur la portion du poumon droit en rapport avec elle une dépression, je dirai presque une échancrure. Elle était par derrière la plèvre et adhérente avec cette membrane; elle était bosselée, mais à bosselures lisses; à la coupe, elle présentait tout-à-fait l'aspect cérébral, mais avec une teinte plus blanche; la consistance était partout égale. Dans un point analogue, mais à gauche et plus bas, entre le cœur et le poumon gauche, au-dessus de la bronche gauche, autre tumeur de même nature et de même aspect, mais un peu moins volumineuse. On comprend que, par sa situation, cette tumeur devait tendre à repousser le cœur en avant et le poumon gauche à gauche.

Sur la surface des deux poumons, au-dessous de la plèvre viscérale, on trouvait une multitude de petites tumeurs, les unes de la grosseur d'une châtaigne, les autres de la grosseur d'une noisette ou d'une avé-

line. Par le toucher, on en sentait d'autres profondément situées dans l'intérieur des poumons, mais ces dernières étaient beaucoup plus rares. Toutes ces tumeurs, petites ou grosses, superficielles ou profondes, avaient le même aspect. Les poumons en étaient pour ainsi dire lardés.

Dans la portion antérieure du poumon droit qui repose sur le diaphragme, existe une masse cancéreuse étalée sous forme de plaque, et qui n'a pas le même aspect que les autres masses cancéreuses déjà décrites. Ici, en effet, le tissu cancéreux semble n'avoir pas simplement refoulé le tissu pulmonaire, il semble l'avoir envahi. *C'est la forme infiltrée de Laennec* (?).

Dans la partie antérieure, il n'y a pas d'adhérences pleurales. La quantité de liquidne contenue dans les plèvres est peu considérable.

A gauche et en arrière, il n'y a pas d'adhérences pleurales; seulement, dans la partie du poumon gauche qui repose en arrière sur le diaphragme, on trouve cinq tumeurs, chacune de la grosseur d'une châtaigne, et présentant les caractères ci-dessus décrits.

A droite et en arrière, adhérences intimes entre les deux feuillets pleuraux, les sillons interlobulaires ont disparu; de plus, en ce point, un très-grand nombre de tumeurs, dont plusieurs, quatre au moins, ont atteint le volume d'une grosse châtaigne.

Enfin, pour en finir avec cette énumération fasti-

dieuse, de semblables tumeurs se trouvent en grand nombre dans le médiastin postérieur, quelques-unes de la grosseur d'un poing d'enfant. Quant aux organes renfermés dans ce médiastin, ils étaient parfaitement sains.

Le cœur lui-même ne présentait pas de désordres bien notables. Du côté gauche seulement, sans doute parce qu'il était comprimé par l'une de ces tumeurs des plus volumineuses, ses parois étaient notablement hypertrophiées et il était rempli par un caillot dense.

Les poumons dans les points situés entre deux de ces tumeurs avaient leur aspect normal. Autour des tumeurs, la densité de leur tissu était augmentée.

2° *Lésions intra-abdominales.* — Au-dessous du diaphragme, tout autour de l'extrémité inférieure de l'œsophage, on pouvait constater des tumeurs tout-à-fait analogues aux tumeurs sus-diaphragmatiques.

Observation II.

Antoine Réfrigé, couché au n° 66 de la salle Saint-Éloi, né à Sainte-Eulalie (Aveyron), domicilié à Saint-Paul (Hérault), âgé de 58 ans, domestique.

La santé antérieure de ce malade avait été bonne; ses parents sont tous morts dans un âge avancé et de maladies étrangères à celle dont aujourd'hui le sujet

de cette observation est porteur. Ainsi, sa mère est morte d'une fluxion de poitrine; son père d'une fièvre typhoïde, etc.

Il y a 15 mois environ, cet homme reçut un coup de pied de cheval sur le menton. Les parties molles furent violemment contuses, mais le maxillaire résista, et après une quinzaine de jours passés à l'hôpital de Pézenas, le malade sortit guéri. Trois mois environ après cet accident, apparurent plusieurs tubercules de mauvais aspect disséminées dans la région du menton. Ces tubercules ne tardèrent pas à s'ulcérer et un chirurgien les attaqua à différentes reprises soit par le fer, soit par les caustiques. Le mal, néanmoins, ne fut pas arrêté dans sa marche ; l'ulcération gagna de proche en proche ; le corps du maxillaire inférieur fut envahi ainsi que la région sus-hyoïdienne ; les ganglions du cou étaient volumineux et engorgés et la cachexie cancéreuse s'établit chaque jour avec une intensité nouvelle. Ce fut dans cet état que le malade entra à l'hôpital de Montpellier.

Déjà, à cette époque, on pouvait constater, qu'en outre des symptômes généraux de la cachexie cancéreuse, il y avait aussi des dérangements dans les fonctions respiratoires, mais ceux-ci étaient assez indéfinis: il toussait quelque peu, et les crachats qu'il rendait à la suite de cette toux étaient muqueux comme dans la bronchite. La percussion était égale des deux côtés ; il y avait un peu de sub-matité, mais elle était à peine

sensible, et l'auscultation dénotait seulement une respiration pauvre et misérable. Tout bien considéré, on crut pouvoir accuser l'engorgement ganglionnaire du cou, l'ulcération de la région sus-hyoïdienne et l'induration des parties ambiantes de produire les troubles dyspnéiques que nous observions, et cela par suite de leur action directe et mécanique sur le larynx et la trachée. L'autopsie viendra tout à l'heure nous donner un démenti formel ; mais auparavant deux mots encore sur les phénomènes observés pendant la vie.

Un mois environ avant sa mort, ce malade fut pris d'un œdème très-considérable du membre inférieur droit, que l'examen le plus consciencieux de tous les organes abdominaux ne parvint pas à expliquer. L'autre membre inférieur était dans son état normal, ainsi que les deux supérieurs. La face ne présentait rien autre de particulier, que la coloration jaune-paille la plus accentuée.

Pas de veines développées sur la paroi thoracique; ainsi, rien donc qui put mettre sur la voie de ce que l'autopsie allait révéler dans la cavité thoracique.

Dès l'entrée du malade à l'hôpital, le pronostic, on le pense bien, fut posé. Malgré cela, on employa du fer et ses diverses préparations pour tâcher d'améliorer sa constitution ; on employa aussi des narcotiques pour soulager le malade de ses douleurs lancinantes, qui ne lui permettaient aucun repos.

Localement, M. le professeur Courty, chef de ser-

vice, faisait pratiquer de fréquentes lotions au coalthar saponiné de Lebœuf.

Le malade meurt le 2 avril.

Autopsie. —A l'ouverture de la poitrine, les feuillets pleuraux étaient tellement adhérents, que ce ne fut qu'avec la plus grande peine qu'on put extraire les poumons. Ceux-ci étaient engoués, et à la coupe, en un certain nombre de points, on trouvait des noyaux d'induration. Au cou et le long de la trachée, on trouvait de gros ganglions. Dans l'espace compris au dessous de la concavité de l'aorte, ainsi qu'au-dessous de la bifurcation de la trachée et tout autour de la naissance des bronches droite et gauche, on trouvait un amas de ganglions noirâtres, tout-à-fait analogues, par l'aspect, à des truffes, et dont la forme et le volume étaient très-variables. Le plus volumineux était en arrière, appliqué sur la bronche droite; son volume total était comparable à celui d'un œuf de poule. Des ganglions semblables aux précédents se remarquaient çà et là autour de l'œsophage et des vaisseaux naissants de la courbure de l'aorte.

A la racine des poumons, les ganglions plongent dans l'intérieur de ces organes avec les divisions bronchiques, et en pratiquant certaines coupes, il était facile de découvrir de petites masses noirâtres enfouies dans le parenchyme pulmonaire et accolées aux tuyaux bronchiques. A la surface des poumons, mais au-dessous de

la plèvre épaissie, on trouvait disséminés quelques-uns de ces ganglions, qui alors n'atteignaient qu'un très-petit volume. Pour terminer, disons que les ganglions du médiastin antérieur étaient loin d'être exempts de la dégénérescence subie par ceux du médiastin postérieur. C'était absolument la même disposition et le même aspect.

Les autres organes internes étaient sains.

Les deux intéressantes pièces pathologiques qui ont donné lieu à notre dissertation ont été déposées au Musée anatomique de la Faculté, par les soins de M. le professeur Bouisson.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Cette partie de notre sujet est assez obscure dans la description de certains auteurs. On ne doit pas du reste s'en étonner, attendu que le cancer affecte dans les poumons les plus grandes variétés, soit par rapport à son siége, à sa forme, à son aspect, etc., etc.

Selon que le cancer pulmonaire sera primitif ou consécutif, on aura soit des tumeurs cancéreuses confinées dans les poumons, soit au contraire disséminées à la fois, et dans les poumons et dans les organes ganglionnaires des médiastins, soit même dans les tissus extra-thoraciques. Il est assez rare, en effet, de

trouver le cancer exclusivement renfermé dans les poumons; la plupart du temps, les ganglions des médiastins sont envahis.

Laennec distingue trois formes de cancer des poumons; une première dans laquelle il apparaît avec l'aspect de tubercules cancéreux disséminés dans le parenchyme pulmonaire, et W. Stokes ajoute qu'ils sont en outre disposés d'une façon égale et régulière. Nous ne sommes pas cependant tout à fait de l'avis de ce dernier; car la plupart du temps, et entre autres dans les deux observations que nous rapportons, ces tubercules cancéreux sont disposés différemment.

Les tubercules peuvent être enkystés ou non ; mais toujours ils sont facilement séparables des tissus ambiants, qui ne subissent aucune altération, et ne souffrent que par la compression d'un pareil voisinage.

Dans la seconde forme qu'admet Laennec, ce ne sont plus alors des tubercules, mais des masses cancéreuses plus ou moins volumineuses, et dont les limites sont aussi tranchées et aussi bien établies que dans la première.

La troisième forme, enfin, est celle où le cancer est infiltré et ne gagne en étendue que par envahissement des éléments anatomiques des poumons.

Nous ferons remarquer, d'abord, que d'après nous, ces trois formes pourraient à la rigueur être réduites à deux seulement : une forme disséminée et isolable, et une forme infiltrée non isolable. Dans la première

forme, on trouve ou on ne trouve pas une membrane kystique enveloppante.

Ceci dit, ajoutons quelques mots sur le mode de formation de ce cancer.

Pour la première forme, on en est encore réduit à des hypothèses. Comment, en effet, comprendre que des masses cancéreuses, en nombre parfois assez considérable, se développent au sein des poumons, s'y enkystent et laissent les tissus intermédiaires à elles dans l'intégrité la pluscomplète? — Pour la deuxième forme, Laennec pensait qu'un blastème s'était épanché, infiltré à travers les alvéoles pulmonaires, et plus tard avaient été le théâtre de la dégénérescence.

Nous avons trouvé dans le Traité de pathologie du professeur Niemeyer, traduit par MM. Culmam et Sengel, une opinion peut-être hypothétique, mais certainement plus admissible, et surtout plus en harmonie avec les connaissances modernes. Cet auteur pense que la forme infiltrée est due à une métamorphose simultanée et successive du tissu conjonctif, et des cellules épithéliales du poumon. Une première cellule étant devenue cancéreuse, il n'y a pas de raison pour que la cellule voisine ne subisse aussi la même dégénérescence, et ainsi de suite de proche en proche. Dans le cas, au contraire, de cancer isolé, c'est la première cellule dégénérée qui fait tous les frais des dégénérescences subséquentes.

Les cellules nées d'elle, végètent comme elle, c'est-à-dire qu'elles produisent de nouvelles cellules semblables à la première, mais sans que celles du tissu pulmonaire ambiant éprouvent rien d'anormal dans leur genre de nutrition.

Après cette première classification des cancers du poumon, d'après la forme, on peut en admettre une autre d'après le point de départ. Il y a, en effet, 1° un cancer pulmonaire autochtone, c'est-à-dire qui s'est développé primitivement dans le parenchyme pulmonaire; en second lieu, un cancer par migration ou propagation qui n'envahit l'organe de l'hématose qu'après avoir débuté ailleurs.

Nos deux dernières observations appartiennent à cette dernière catégorie. Dans l'observation recueillie dans le service de M. le professeur-agrégé Cavalier, et dont on nous a parlé, le mal avait débuté par le sein.

Dans la thèse de M. Henri Gintrac (1), on trouvera de nombreux exemples dans lesquels le cancer pulmonaire avait son origine, soit dans un ostéo-sarcome costal, soit dans un cancer pleural, etc., etc.

Ici on peut se poser la question suivante : Y a-t-il bien propagation morbide, ou bien n'y a-t-il que simple coïncidence, c'est-à-dire que la diathèse étant en pleine voie de développement chez l'individu, elle

(1) N° 15. Thèse, Paris 1845.

peut à la fois susciter un cancer aujourd'hui dans la mamelle, par exemple, et demain dans le poumon, sans que pour cela on soit en droit de dire qu'il y a eu propagation morbide du premier lieu dans le second? Au chapitre de l'étiologie, nous traiterons l'action du mécanisme de l'infection cancéreuse. Nous voulons seulement faire remarquer que s'il y a des cancers spontanés et primitifs, puis des cancers consécutifs et par propagation, il peut aussi y avoir des cancers contemporains simultanés sans propagation, et même des cancers consécutifs également sans propagation.

Cette question est ardue, et nous ne nous chargerons point de la résoudre. Il nous semble cependant que lorsqu'on peut suivre une traînée ganglionnaire dégénérée, comme dans nos deux observations, on ne se hasarde pas trop en disant qu'il y a eu propagation. Mais en revanche quand le siége du cancer primitif est très-éloigné, nous admettrons qu'alors il y a seulement simultanéité dans l'apparition des deux masses hétéro-plastiques, sans qu'il y ait aucune corrélation entre elles; et alors le cancer rentrera dans notre première classe des cancers développés primitivement dans les poumons.

Quand le cancer pulmonaire est consécutif, il existe des masses cancéreuses souvent énormes dans les médiastins. Les ganglions péri bronchiques peuvent également être cancéreux, et alors ils donnent lieu aux symptômes de l'engorgement ganglionnaire péri-

bronchique, si bien décrit par M. le professeur Fonssagrives; nous y reviendrons du reste au chapitre de la symptomatologie.

W. Stokes a cité un fait de ce genre.

Enfin, par rapport à sa structure, le cancer pulmonaire doit être divisé en squirrhe et encéphaloïde. Cette dernière espèce se présente beaucoup plus fréquemment que toutes les autres, la variété squirrheuse du cancer est rare; la variété mélanique est plus rare encore. Cependant W. Stokes en a cité des exemples, et il rapporte entre autres une observation où il y avait des tubercules encéphaloïdes et squirrheux mélangés à de la matière noire; quant à la variété colloïde, nous ne l'avons trouvé signalée nulle part. Peut-être cependant pourrait-on lui rapporter ce que M. Cruveilhier, dans son Anatomie pathologique, décrit sous le nom de plaques cirrheuses superficielles du poumon. Mais c'est une simple hypothèse que nous faisons.

On sait, du reste, qu'à un point de vue général, toutes ces variétés de cancers ne diffèrent entre elles que par les rapports différents et variables à l'infini, qui peuvent exister entre le tissu fibreux, stroma, trame du cancer, et les cellules cancéreuses elles-mêmes. Lorsque le tissu fibreux existe en quantité plus considérable que le tissu cancéreux lui-même, on a le squirrhe ; si, au contraire, les cellules cancéreuses l'emportent sur le tissu fibreux, on a l'encé-

phaloïde; quant à la variété mélanique, ce n'est pas autre chose que la variété encéphaloïde colorée en noir par du pigment.

Le squirrhe et l'encéphaloïde peuvent se présenter dans le poumon chacun sous la forme des tumeurs des masses isolées et dans la forme infiltrée; cependant, généralement l'encéphaloïde emprunte plus volontiers la forme isolée, et le squirrhe la forme infiltrée.

L'encéphaloïde peut être parfaitement blanche, et d'un aspect analogue à celui du suif. C'est ce qui nous faisait dire dans notre historique que les tumeurs décrites dans Jean Schenk sous le nom de steatomata étaient des encéphaloïdes, d'autres fois sa couleur est grisâtre, demi-transparente.

Nous avons étudié les cancers pulmonaires successivement par rapport à leur point de départ, à leur forme, et à leur structure. — Nous allons maintenant passer en revue certaines questions secondaires également relatives à l'anatomie pathologique de cette affection.

1° *Crudité ou ramollissement.* — Le plus souvent l'encéphaloïde pulmonaire n'a pas le temps d'évoluer progressivement jusqu'à la période du ramollissement; le malade meurt avant cette époque. Cependant, il existe un certain nombre d'observations attestant que

dans les kystes encéphaloïdes du poumon, la matière peut-être diffluente, molle et tout à fait analogue à la substance cérébrale en voie de putréfaction. Les cloisons qui sectionnaient le kyste en plusieurs lobes disparaissent elles-mêmes; et alors, ou l'on trouve une vaste poche pleine d'une matière en forme de boullie, ou une substance, là dure, et ici molle, suivant que la liquéfaction s'est faite d'une façon inégale ou égale.

On a même observé l'ulcération des masses cancéreuses du poumon, mais ces faits sont rares; cependant un des plus beaux exemples qu'il soit possible de citer, est bien celui de W. Stokes, rapporté p. 317 de son Mémoire. A l'autopsie, on trouva « une grande partie du poumon creusée par des excavations anfractueuses, communiquant d'une part avec les tuyaux bronchiques et de l'autre se terminant en fistules qui parcouraient un trajet variable à la surface du poumon, où elles se terminaient par des cavités superficielles qui contenaient de l'air et un liquide blanchâtre purulent ; ces cavités étaient bornées d'un côté par la face postérieure de la plèvre pulmonaire, et de l'autre, par la substance pulmonaire dégénérée. »

On comprend, dans ces cas, quel mélange inouï de symptômes on doit avoir sous les yeux, et combien le praticien peut être embarrassé pour décider s'il a affaire à une phthisie ou à un cancer du poumon.

Volume. — Rien n'est variable comme le volume des masses cancéreuses dans le poumon. Dans la forme enkystée, nous l'avons déjà vu, on peut avoir des *tubercules* ou des *masses*, c'est-à-dire des tumeurs variant depuis une aveline jusqu'à une tête de fœtus. Dans notre première observation, il y avait deux masses cancéreuses du volume du poing.

On a plusieurs exemples d'un poumon tout entier transformé en substance cancéreuse. Nous citerons, comme étant surtout connus :

1° Le cas de Graves (Arch. gén. de méd., 2e série, t. v, 1835), relatif au poumon droit et à une dégénérescence encéphaloïde. L'organe pesait alors trois kilogrammes. Il n'y avait plus, sauf en arrière, de trace du tissu pulmonaire ; tout était compacte, dur et imperméable.

2° Celui de Heifelden (Arch. gén. de méd., 2e série, t. xiv, 1837). C'était chez un homme de 24 ans. Le côté correspondant du thorax était dilaté. Le poumon était adhérent aux côtes ; « il était transformé en une masse qui remplissait complètement le côté, et qui même s'étendait du côté opposé ; cette masse était dense, blanche, lardacée, sans aucun vaisseau sanguin, ni nerf, ni tuyaux bronchiques..... Au centre, elle était molle ; les artères et les veines pulmonaires étaient oblitérées et converties en ligaments à leur insertion au cœur..... les côtes étaient atrophiées », et en un point, elles *étaient déplacées et séparées, de*

façon à laisser passer une masse cancéreuse, qui venait, au-dessous du mamelon, faire une saillie sous forme de mamelle de femme. — Les ganglions de l'aisselle étaient engorgés.

Nous avons voulu analyser cette observation, et vu son intérêt, nous aimons à croire qu'on nous le pardonnera.

3° et 4° enfin, nous pourrions citer deux autres observations, dans lesquelles le poumon tout entier était envahi. Ce sont : 1° celle de M. Bouillaud (Dict. des scienc. méd., t. xxv), analysée dans le Compendium de médecine de MM. Monneret et Fleury, p. 168, t. v ; 2° enfin, celle de Hughes (voir observation 11, Arch. de 1841).

Dégénérescence des organes voisins. — Dans l'observation citée plus haut de Heifelden, les côtes étaient envahies ; les ganglions axillaires l'étaient également. Les ganglions des médiastins le sont bien plus souvent: les ganglions abdominaux peuvent également ressentir les fâcheuses influences du cancer des poumons. Nous en dirons autant de la plèvre, etc.

Déplacement, etc. — Le cœur peut être atrophié ; quand le cancer pulmonaire est volumineux, quand il s'accompagne de dégénérescences, des ganglions des médiastins, il peut, en outre, être déplacé et repoussé, soit d'un côté, soit d'un autre. Ce que nous faisons

remarquer pour le cœur, peut s'appliquer à l'œsophage, aux gros trous vasculaires du voisinage, etc.

Fréquence pour la forme. — W. Stokes prétend que la forme infiltrée est de beaucoup la plus fréquente. D'autre part, Laennec (1) dit n'avoir jamais rencontré cette forme, tandis qu'il a rencontré plusieurs fois la forme enkystée.

La variété encéphaloïde, avons-nous déjà dit, est presque la seule observée. Les variétés squirrheuses, mélaniques, etc., sont des exceptions.

État des portions intermédiaires du poumon dans la forme enkystée. — Les portions des poumons peuvent être saines, c'est ce qui arrive le plus souvent; car, ainsi que le tubercule, le cancer enkysté n'irrite pas autour de lui le parenchyme pulmonaire et ne l'enflamme pas. Mais néanmoins, dans quelques cas rares, on a trouvé des points hépatisés, et même quand la portion du poumon était trop comprimée entre deux masses cancéreuses, on l'a trouvée gangrenée.

ÉTIOLOGIE.

Que dirons-nous des causes du cancer pulmonaire? Nous avouons que nous n'avons consacré quelques lignes à son étiologie que pour ne pas être incomplet.

(1) Traité d'auscultation médiate, p. 355.

On sait bien peu sur l'origine des tumeurs cancéreuses externes ; mais on en sait bien moins encore en ce qui concerne les cancers profonds ou viscéraux.

Signalons toutefois l'hérédité, les chagrins, les passions concentrées et autres causes déprimantes.

Quelle est l'influence des professions? des conditions hygiéniques au sein desquelles on vit? du sexe? Pour donner une idée des renseignements bizarres que donnerait le dépouillement des observations dans ces cas, nous rappellerons en passant, qu'après lecture des sept faits du cancer du poumon, relatés dans les Archives de médecine de 1846, nous avons trouvé trois femmes, quatre hommes, et parmi ceux-ci un tourneur, un laboureur, un mécanicien, et un quatrième dont la profession n'est pas mentionnée. Dans la thèse de M. Gintrac sur les tumeurs intra-thoraciques, on trouve tour à tour des individus à vie sédentaire, et d'autres exposés aux vicissitudes atmosphériques, puis enfin un maître de musique et un chirurgien être atteints successivement de ces sortes de tumeurs.

Par rapport à l'âge, on l'a très-rarement trouvé chez les enfants.

Un poumon est-il plus souvent atteint que l'autre? Voilà tout autant de questions qui ne sont pas résolues dans les auteurs (1).

(1) Klefens a rassemblé 19 cas ainsi répartis : poumon droit 6, poumon gauche 7, deux poumons en même temps 6.

On a signalé assez généralement, comme pouvant prédisposer au cancer des poumons, les affections catarrhales fréquentes, les pneumonies antérieures, l'asthme, une gêne habituelle de la respiration, etc. Mais sans vouloir nier que des irritations continuelles, en fatigant l'organe pulmonaire, puissent dévier la nutrition des éléments anatomiques, nous nous demandons si ce n'est pas un peu par *à priori* que l'on a donné ces résultats. En effet, dans un assez bon nombre d'observations que nous avons lues, nous avons vu que le malade jouissait préalablement d'une bonne santé et était même d'une constitution forte.

On a mentionné également dans certaines circonstances des violences sur le thorax ; mais nous n'accordons pas une plus grande confiance à cette cause, et nous sommes convaincu qu'agir autrement, c'est abuser du : *Post hoc, propter hoc.*

Sydenham disait : les maladies aiguës viennent du dehors, *a Deo ;* les maladies chroniques viennent de l'individu lui-même. C'est donc dans une prédisposition particulière de l'individu, dans un état général de toute sa substance, comme on aurait dit autrefois, qu'il faut chercher la véritable cause du cancer des poumons, et, pour notre part, nous nous rangeons parfaitement à cette opinion de M. Lebert : « En général, on est encore beaucoup trop disposé, dans la pratique de la médecine et de la chirurgie, à faire une large part aux causes occasionnelles ; nous ne voulons

nullement nier leur influence, mais nous voudrions seulement que, dans un certain nombre de cas, on n'attribuât pas à une cause accidentelle et incessante, ce qui est tout à-fait indépendant de la cause à laquelle on l'attribue. (Physiologie pathologique, p. 288.)

Mais nous arrivons à une cause du cancer du poumon, qui est bien moins suspecte que les précédentes. Celles-ci, en effet, ne sont de mise que lorsque l'affection débute d'emblée par le poumon; mais lorsqu'elle arrive secondairement, consécutivement à l'existence d'une tumeur de même nature et placée dans le voisinage, alors il faut voir la cause du cancer pulmonaire dans une propagation morbide par l'intermédiaire des vaisseaux blancs ou veineux. Nous allons dire deux mots sur le mécanisme de l'infection cancéreuse par propagation d'un organe à un autre.

Dans sa Pathologie cellulaire (chapitre des Métastases), Wirchoff a parfaitement étudié cette question. Il pense que plus une tumeur est sèche et moins elle est maligne, et plus au contraire elle est saturée de sucs, plus aussi elle est dangereuse et infectante, soit donc un encéphaloïde; les sucs liquides qui le pénètrent peuvent être résorbés et aller porter au sein du ganglion voisin la première impulsion vers la dégénérescence. D'autres fois ce sont les éléments cellulaires eux-mêmes, les noyaux qui pénètrent dans

la cavité d'une veine ou dans un vaisseau lymphatique, et, transporté au loin, ce noyau se développe et engendre une nouvelle masse cancéreuse, qui, à son tour, agit envers les tissus voisins de la même façon, c'est-à-dire devient un foyer d'irradiation de la maladie.

Wirchoff compare le mélanisme de l'infection cancéreuse à ce qui se passe par exemple dans le tatouage du bras. En effet, dans ce cas, on trouve constamment les ganglions axillaires parsemés d'une matière noirâtre ou autre, qui n'est pas autre chose que les corpuscules de vermillon ou de bleu de Prusse, employés à l'avant bras par le tatoueur et qui, par l'intermédiaire des lymphatiques, sont charriés jusqu'aux ganglions, dans la trame desquels ils sont arrêtés. Ici les corpuscules sont dénués de vitalité, ils stationnent donc en ce point sans inconvénient aucun pour l'économie. Mais si l'on suppose que pareil transport ait lieu par les sucs des tumeurs cancéreuses et les noyaux caractéristiques de ces tumeurs, on comprend que la même immunité n'existera plus pour le malade.

Plus le tissu est riche en lymphatiques, plus aussi la généralisation morbide se fera plus vite.

En appliquant ces données au sujet qui nous occupe, on comprend que dans notre première observation, où la veine axillaire et une partie de la sous-clavière étaient comme injectées de matière cancéreuse, la propagation morbide se soit faite d'abord très-rapidement aux gan-

glions des médiastins et ensuite aux poumons enx-mêmes. Dans la seconde observation, même mécanisme encore, seulement la voie intermédiaire a été cette fois par les ganglions péri-laryngiens , péri-trachéens et péri-bronchiques.

Les cancers pulmonaires, à la suite des cancers du sein , n'ont pas d'autre origine, et ainsi pour bien d'autres , qu'il est inutile de mentionner. Ainsi , en résumé , si l'on ne sait rien sur l'étiologie des cancers autochtones du poumon on est fixé au contraire sur la pathogénie des cancers par propagation du même organe.

Il y a environ 30 ans, M. Fouellay, chirurgien en chef de la marine à Brest, pratiqua avec un succès complet la désarticulation de la cuisse pour un cas d'ostéo-sarcome du fémur , le blessé guérit , mais 2 ans après, il succomba à des accidents qui se manifestèrent du côté de la poitrine : celle-ci était complètement saine au moment de l'opération. L'autopsie permit de constater l'existence d'une énorme masse cancéreuse du poumon. Ce cas me semble dû à ce que la diathèse avait encore besoin de manifestation et qu'elle n'avait pas jusque-là accompli toute son évolution. Il y a eu là une métastase.

SYMPTOMATOLOGIE.

Les symptômes assignés au cancer des poumons sont très-nombreux, mais en général assez vagues et assez peu caractéristiques. Nous les signalerons tous, mais nous insisterons spécialement sur les plus importants.

Nous les diviserons en symptômes généraux et en symptômes locaux, et enfin en symptômes de voisinage. Dans le cas particulier, nous préférons cette division à celle qu'on emploie généralement et qui consiste à décrire successivement des symptômes subjectifs et objectifs. Elle nous permettra en effet de mettre plus de clarté et plus d'ordre dans notre énumération.

1° SYMPTÔMES GÉNÉRAUX.

Comme le cancer des poumons est la plupart du temps consécutif à une tumeur de même nature, développée dans n'importe quel endroit, ou comme souvent aussi il coïncide avec une ou plusieurs tumeurs analogues, on comprend facilement que les signes de la diathèse ou de la cachexie cancéreuse doivent ordinairement accompagner la lésion qui nous occupe. Quelques auteurs ont confondu ces deux mots : diathèse et

cachexie. L'erreur est fâcheuse et peu rationnelle : nous nous garderons bien d'y tomber. Dans les affections analogues au cancer, il y a, comme on le dit fort bien à Montpellier, trois étapes que les malades parcourent très-vite, mais qui sont très-distinctes. La première, c'est la diathèse ; le malade n'a encore rien, il jouit de toutes les apparences d'une bonne santé, mais il est toujours menacé par les manifestations de sa diathèse, de son tempérament morbide, comme le dit M. le professeur Jaumes. La deuxième étape est constituée précisément par cette manifestation, en un point quelconque de l'économie. La troisième et dernière étape forme la cachexie. Il y a alors infection générale de tout l'organisme et une terminaison funeste ne se fait pas longtemps attendre.

D'après ce qui précède, dans les cas de cancers des poumons, les symptômes de la cachexie s'observeront très-souvent. Le malade aura ce teint jaune-paille qui a une grande valeur, mais qui peut bien manquer. Il sera pâle, maigre, chétif, ou bien s'il conserve des apparences d'embonpoint, cet embonpoint contrastera singulièrement avec la langueur et l'atonie générale, et ce fait ne passera pas inaperçu aux yeux du médecin praticien. Nous avons vu plusieurs cancéreux arrivés à une période extrême, et qui avaient presque de l'obésité. Cependant la nutrition se faisait très mal, l'appétit était nul et le sommeil impossible par suite de douleurs lancinantes. Quoique le tissu adipeux ne se

résorbât point, on voyait en un mot la maladie poursuivre chaque jour sa marche envahissante et évoluer d'une façon très énergique.

Le teint jaune-paille, d'abord confiné à la face, s'étend bientôt à tout le corps ; les digestions se font très mal.

Les membres inférieurs, les bras, la face, etc., s'infiltrent de sérosité. Les œdèmes partiels, effets de la cachexie cancéreuse, ont été fort mal étudiés jusqu'à ces derniers temps; il faut arriver à M. Trousseau pour trouver une explication rationnelle de leur production, du moins dans certaines circonstances. Car ici encore, il faut établir des distinctions; il y a des œdèmes mécaniques, dus à une gêne locale de la circulation veineuse (compression par la tumeur, disparition de la lumière du vaisseau par l'envahissement de la dégénérescence). Ceux-ci ont été observés de tout temps et de tout temps aussi on s'est formé une juste idée de leur pathogénie. Dans notre 1re observation, nous avons signalé un œdème considérable du membre supérieur correspondant à la tumeur, œdème qui ne tiendrait pas évidemment à une autre cause.

Mais à côté de ces œdèmes, il s'en forme d'un autre genre, et M. Trousseau, nous le répétons, a parfaitement décrit cette seconde variété. Nous voulons parler de ce que le célèbre professeur a appelé *phlegmasia alba dolens* de la cachexie cancéreuse ; voici un résumé de ses idées sur ce sujet.

« Dans toute cachexie, dit-il, il y a diminution de globules rouges, augmentation de la fibrine et de la partie séreuse du sang. » De là une tendance à la coagulation du sang, qui, très-probablement, tient à l'excès de fibrine constatée dans ce liquide, mais qui peut tenir aussi à la présence de ce que Wirchoff a appelé l'élément fibrogène, ce dernier élément n'a pas encore acquis droit de domicile dans la science. Toujours est-il que, dans ces cas, en dehors de toute cause inflammatoire, une coagulation spontanée et intra-veineuse peut se former sur un point quelconque du système veineux; un œdème est la conséquence de ce caillot obturateur, et, en palpant avec soin le tronc veineux au-dessus de l'œdème, on sent des cordons qui résistent sous le doigt.

M. Trousseau attribue une grande valeur à cet œdème, pour arriver au diagnostic des cancers profonds. Ainsi (p. 661, t. III, Cliniques de l'Hôtel-Dieu) la conséquence d'une *phlegmasia alba dolens* avec un teint cachectique, sans autre signe extérieur, suffit au savant Professeur pour lui faire dans un cas, assurer l'existence d'un cancer viscéral inaccessible à l'exploration, et quelques mois plus tard la nécropsie vint en effet confirmer le diagnostic du Maître. En terminant, citons encore cette phrase que nous lui empruntons : « L'expérience clinique m'a démontré toute la valeur séméiotique de la *phlegmasia alba dolens* dans les cachexies cancéreuses en particulier; la *phlegmasia*

devient pour moi, dans ces cas, un signe presque certain de la nature de l'affection. » Après une pareille profession de foi, émanée de si haut, il est impossible de ne pas attacher une grande valeur à la *phlegmasia alba dolens,* venant se surajouter à un teint jaune-paille et ne pouvant être rapportée ni à la chlorose, ni à la tuberculose avancée, pas plus qu'à l'état puerpéral.

Nous nous expliquons de cette manière l'œdème de tout un membre inférieur chez le malade qui fait le sujet de notre observation n° 11; il nous serait impossible d'admettre toute autre hypothèse.

Signalons encore parmi les symptômes généraux la coexistence possible et fréquente d'autres tumeurs cancéreuses en divers points de l'économie.

2° Symptômes locaux.

Si les phénomènes généraux déterminés par la présence d'une tumeur cancéreuse sur un point quelconque de l'économie sont le plus souvent identiques et parfaitement reconnaissables, permettent d'affirmer l'existence d'un cancer, il n'en est pas de même pour la détermination du siége de ce cancer : cette dernière en effet, ne saurait se faire que par l'examen des symptômes locaux qui, comme dans presque toutes les maladies, présentent une grande variété, et par conséquent

sont peu caractéristiques : cette remarque s'applique surtout au cancer des poumons, ainsi que je vais le démontrer par l'examen de tous ces symptômes.

Nous ne nous occuperons pas, au point de vue de la symptomatologie, des différences qu'elle présente selon que le cancer est infiltré ou qu'il est réuni en masses plus ou moins considérables. Cela nous entraînerait dans de trop grands détails pour une question qui est loin d'être résolue encore. Je dirai seulement que W. Stokes prétend que, s'il est aisé jusqu'à un certain point de diagnostiquer un cancer du poumon aggloméré en une masse volumineuse, il est impossible d'arriver au même but pour un cancer qui n'est composé que de petits tubercules épars au milieu d'un tissu sain.

Mais voyons quels sont les symptômes donnés par les auteurs : il est vrai de dire que nous pourrons parvenir à les contrôler par celles de nos observations, car nous n'en avons observé d'autres que la dyspnée et la toux, n'ayant pu nous enquérir des autres, soit que la maladie ne fût pas soupçonnée comme dans les deux cas, soit que l'état du malade se refusât à cet examen dont l'utilité a semblé superflue.

Le début de l'affection est marqué par de la toux et de la dypsnée comme dans la plupart des affections organiques du poumon, Cette toux est symptomatique d'une bronchite survenue sans cause apparente ; l'auscultation fait percevoir les signes ordinaires de cette dernière maladie desquels nous ne parlons pas ici.

Après plusieurs guérisons, cette bronchite devient permanente, résiste à tous les traitements et ne cesse qu'avec la vie.

La dyspnée à son tour peut varier d'intensité suivant la marche des lésions et peut s'accompagner des symptômes d'asphyxie croissante.

Si, à ce moment, on explore la poitrine, les symptômes seront assez peu évidents ; le thorax a une conformation normale; la respiration, sifflante en certains endroits par suite de la compression de gros tuyaux bronchiques, peut être nulle en d'autres, là où les tumeurs cancéreuses sont superficielles et assez étendues. La percussion n'est pas d'un grand secours, les lésions étant ou trop profondes ou trop petites pour pouvoir être distinguées à ce mode d'exploration.

Mais, si l'on suppose la dégénérescence faisant de nouveaux progrès et envahissant peu à peu une large surface, les manifestations extérieures deviendront plus évidentes, sans être pour cela en rien pathognomoniques. Ainsi la respiration vésiculaire diminue d'abord d'intensité et est remplacée peu à peu par une respiration tubaire, puis par de la bronchophonie; quand la tumeur est très-volumineuse, on peut même ne rien entendre du tout. Mais le cancer, dans le poumon, est susceptible d'évoluer comme dans les autres organes, alors aussi les symptômes stéthoscopiques varient et suivent à peu près la même marche que dans l'évolution du

tubercule. Ainsi si le cancer se ramollit, la broncho-phonie sera tour à tour remplacée par du râle sous-crépitant, caverneux , et enfin par un véritable gargouillement , si une caverne cancéreuse se forme (1).

La percussion varie également : c'est ainsi que la matité qui, dès le début , était assez peu évidente, devient plus étendue, plus nette; les vibrations thoraciques n'existent plus, et le doigt sent une grande résistance.

C'est dans le cancer du poumon qu'on a observé la matité la plus absolue. Pourtant , on comprend aussi que celle-ci puisse, à une certaine période de la maladie, être remplacée par une sonorité exagérée; ce phénomène a lieu quand le cancer s'ulcère, qu'il se forme une fente cancéreuse, d'où résulte une excavation assez étendue. Si la caverne est superficielle, si, à plus forte raison, elle communique avec la cavité pleurale et qu'il y ait alors pneumo-thorax , comme W. Stokes en cite un cas, cette sonorité tympanique deviendra alors le point le plus évident et pourra souvent faire complètement égarer le diagnostic, dans le cas où l'on n'aurait pas suivi le malade depuis le début.

Mais la lésion ne se borne pas à attaquer simplement le poumon et à entraîner des modifications dans la respiration , il est rare qu'il n'y ait pas en même temps

(1) Valleix, suite du *Médecin praticien*, 5e édit., t. II, p. 686. Cas de M. Leplat.

quelque déformation du côté des parois thoraciques, soit dilatation, soit rétraction, soit perforation, etc.; il est plus rare encore qu'il n'y ait pas de troubles fonctionnels locaux, lesquels prennent alors un plus grand degré d'importance. Nous allons d'abord passer en revue ces derniers.

J'ai dit que la dyspnée était un des premiers symptômes apparents ; légère au début, elle augmente avec l'envahissement progressif de la lésion ; elle s'explique par l'obstruction des voies respiratoires ou par leur compression du côté où siége la maladie. La respiration puérile du côté opposé, qu'on a notée dans la plupart des cas, ne pouvant suffire au bon fonctionnement de l'hématose. En même temps que la dyspnée, survient la toux; facile au début, difficile et douloureuse vers la fin, elle s'accompagne le plus souvent d'expectoration abondante, sur les caractères de laquelle on a surtout insisté ces derniers temps, et dont on a voulu faire un signe pathognomonique quand elle se présente avec certains caractères.

Les crachats sont assez souvent blanchâtres, spumeux ou liés comme dans la bronchite ordinaire ; mais le plus souvent ils prennent d'autres caractères. Aussi dans les Archives de médecine, sur sept observations que l'on trouve citées, on trouve une fois un manque absolu d'expectoration, une autre fois les crachats étaient sanglants; dans deux cas, ils étaient purulents; enfin, trois malades ont présenté les crachats gelée de gro-

seille, sur lesquels MM. Hughes et Stokes ont les premiers attiré l'attention. Cette expectoration est formée de matières agglomérées comme de la gelée de groseille, et présentant une teinte rouge ou rose qui la fait entièrement ressembler à cette dernière substance. Chez les deux malades que nous avons observés, et chez qui l'expectoration était à peu près nulle, jamais nous n'avons observé ce caractère. Nons pourrions en dire autant de l'observation de M. Dupré (1) et d'une foule d'autres.

Les hémoptysies ne sont pas rares, soit à la période initiale, soit à la période terminale de cette maladie. Dans le premier cas, elles s'expliquent de la même façon que celles qui surviennent à l'apparition des tubercules; dans le second, elles peuvent très-bien correspondre avec la période d'ulcération de la tumeur et être l'analogue des nombreuses hémorrhagies qu'on observe dans la plupart des cancers externes; dans ce cas, elles se reproduisent plus fréquemment que dans la phthisie.

Je rappellerai à ce propos l'opinion de M. Bégin (2) qui, ayant observé la fétidité de l'haleine très-prononcée dans un cas de cancer du poumon, donna ce signe comme diagnostic de cette affection. Heifelden et beaucoup d'autres observateurs n'ont pas constaté

(1) Dupré, *Montpellier médical*, 1858, p. 99.

(2) Dict. de méd. et de chir. prat., t. IV, p. 489.

ce phénomène ; quant à nos deux malades, leurs cancers externes répandaient une telle mauvaise odeur, que ce phénomène n'a pas été recherché ; du reste, ils n'ont eux-mêmes rien noté de semblable, et notre attention n'a jamais été appelée sur ce point ; on voit donc par là qu'il ne faut pas se hâter de conclure à la valeur absolue d'un seul signe dans un cas donné, puisque ces conclusions sont si vite renversées par l'observation ultérieure.

A côté de ces troubles fonctionnels, que j'appellerai objectifs, il nous faut encore parler d'autres troubles de même nature que le malade seul ressent : je veux parler en première ligne des douleurs de poitrine.

Bayle signale ce symptôme comme étant caractéristique; d'après cet auteur, ces douleurs avaient le caractère lancinant comme celle du cancer en général ; elles siégent en divers points de la poitrine; tantôt plus prononcée sous le sternum et à l'épigastre, tantôt c'est en arrière vers les fausses côtes, la région de la rate ou entre les épaules que le malade les ressent plus vives. L'intensité diffère beaucoup aussi suivant les sujets ; elles peuvent même manquer comme dans notre première observation, dans l'observation I, du Mémoire des Archives de 1846, comme dans l'observation que rapporte M. Dupré, etc.; Heifelden raconte l'histoire d'une malade qui ressentait dans le côté droit, depuis les fausses côtes jusqu'à la région de l'épaule et depuis le sternum jusqu'au

rachis, des douleurs très-vives et comme électriques (1).

Si elles sont lancinantes dans quelques cas, le plus souvent elles n'ont pas ce caractère particulier ; elles sont parfois lourdes et ne se manifestent que quand le malade tousse ou fait une forte inspiration ; on comprend que, dans ces cas, elles n'aient rien de caractéristique. Du reste, comme le dit si bien M. Dupré (2), combien sont nombreuses et variées les sensations douloureuses dont la poitrine des phthisiques est le siége ! J'en ai vu qui se rapprochaient de celles que produit le cancer, au point de se confondre avec elles; nous ne saurions donc, et en cela nous sommes d'accord avec tous les auteurs, considérer ces douleurs comme existantes et à plus forte raison comme pathognomoniques.

Nous avons dit plus haut que le cancer du poumon entraînait des modifications dans les parois thoraciques et que ces modifications étaient des plus variées. C'est sur elles qu'on a voulu s'appesantir le plus, quand on a voulu faire le diagnostic de cette maladie ; mais nous verrons par leur étude successive que leur valeur n'est guère plus importante que les signes que nous avons déjà étudiés, car elles aussi peuvent se rencontrer dans une foule de maladies; elles peuvent de même faire défaut dans plusieurs cas que l'autopsie seule révèle.

(1) Heyfelden, Archives de médecine, 1857, t. IV, p. 347.
(2) *Loc. cit.*, p. 306.

Parmi ces diverses modifications des parois thoraciques, la plus fréquente et la plus remarquable est leur déformation.

Mais cette déformation peut embrasser divers modes et consister soit dans une dilatation, soit dans une rétraction, etc.

La dilatation du côté de la poitrine correspondant au siége de la lésion est assez fréquente. On l'a signalée trois fois sur sept (1). Cette dilatation n'est jamais très-considérable et dépasse rarement deux pouces (obs. de Stokes). Elle siége sur les divers points de la poitrine, le plus souvent en arrière et en bas, correspondant alors avec la matité, ce qui a fait souvent confondre le cancer avec la pleurésie chronique.

Elle entraîne après elle l'écartement des côtes et l'élargissement des espaces intercostaux ; ces arcs osseux font alors plus de saillie sous la peau ; quelquefois même ils sont le siége de fractures pathologiques dont nous parlerons plus loin, à l'occasion de la perforation des parois thoraciques.

La rétraction, au contraire, est un peu moins fréquente.

Le même auteur du Mémoire des Archives la signale deux fois sur sept. Dans un cas, elle siégeait à la partie supérieure de l'omoplate, au niveau de l'épine de cet os; dans l'autre, elle occupait tout le côté du

(1) Archives de médecine, 1846, p. 476.

thorax à part la région antérieure. Ce qui nous a frappé à la lecture de ces deux observations, c'est que l'auscultation, au niveau du point rétréci, révélait des râles muqueux, quelquefois même du vrai gargouillement; si la matité existait dans un cas, la sonorité existait, au contraire, dans l'autre. N'est-ce pas ce qu'on observe chez les phthisiques à la suite de productions de cavernes? Aussi croyons-nous que la rétraction du thorax implique la formation d'une caverne carcinomateuse dont les parois tendent à se rapprocher, et tendent dans ce mouvement à entraîner les parois thoraciques qui sont adhérents au poumon, par suite d'une pleurésie locale antérieure. C'est de la même manière qu'on explique la rétraction de la poitrine à la suite de pleurésies chroniques, etc. Je ne saurai donc partager l'opinion de Valhe qui veut que la rétraction soit le symptôme du cancer infiltré et jamais du cancer en masse.

Si nous suivons le raisonnement de l'analogie n'ayant pas de faits à apporter à l'appui de mon dire, je crois que l'inverse de cette proposition serait plutôt vraie, car ce n'est que dans les grandes masses cancéreuses qu'on peut supposer une fonte assez considérable ou même la formation d'une caverne. Ainsi, pour nous, une rétraction locale entraîne l'idée d'un cancer du poumon réuni en masse; la rétraction générale de tout un côté pourra, à son tour, être expliquée dans le cas de cancer infiltré ou généralisé, en supposant le ramol-

lissement et la fonte de la nature infiltrée, d'où pleurésie, rapétissement du poumon et rétraction consécutive.

L'effet immédiat de ces deux vices de conformation, est l'immobilité des côtés dans les points correspondants ; ce fait est surtout évident dans le cas de rétraction, ce qui vient augmenter la gêne de la respiration en gênant le libre développement de la poitrine et son agrandissement. Dans ces cas, l'immobilité est absolue et alors la partie correspondante de la cage thoracique et du poumon ne sert en rien à la respiration, ou bien elle n'est que relative, c'est-à-dire qu'un certain nombre de côtes ne jouent plus les unes sur les autres, mais sont soulevées en totalité par le mouvement d'expiration; on comprend que dans l'un comme dans l'autre cas, la dyspnée sera la conséquence de ce défaut d'ampliation de la poitrine.

Cela m'amène naturellement à parler de la perforation de la poitrine, des fractures pathologiques qui s'en déduisent, et de l'apparition des tumeurs intra-thoraciques au-dehors.

Dans un assez grand nombre de cas, quand la maladie est déjà avancée dans l'intérieur de la poitrine, que le thorax est dilaté ou non en un endroit, la cavité thoracique devient bientôt trop petite pour la contenir et la tumeur tend à faire hernie au-dehors. Pour cela, elle vient battre contre les parois de la poitrine, ses effets sont à peu près les mêmes, cela se comprend,

que ceux d'une tumeur anévrysmale, qui tend aussi à sortir du thorax. Les espaces intercostaux cèdent facilement, les côtes présentent plus de résistance. Seulement, par l'action incessante de la tumeur, celles-ci sont usées, corrodées, finissent même par disparaître sur un point, et la tumeur vient alors facilement se présenter au-dehors, quelquefois la fracture se produit, l'usure progressive et complète n'ayant pas eu le temps de s'effectuer.

Dans l'observation II du Mémoire des Archives que nous avons déjà tant de fois cité, nous trouvons un fait de ce genre ; voici ce qui y est raconté : il s'agit d'un malade atteint de toux et de dyspnée depuis un an ; au bout de ce temps, une tumeur se manifesta au cou, au niveau de la clavicule et le malade disait sentir une espèce de crépitation lorsqu'il pressait sur l'extrémité sternale de la clavicule droite. Il racontait qu'une nuit il avait entendu un craquement, et que, depuis cette époque, il n'avait plus ressenti de douleur dans son membre droit; il y avait effectivement une fracture et une dépression de la clavicule, à environ un pouce du sternum, ce qui fut vérifié par l'autopsie. Quand la tumeur n'est pas volumineuse, elle se contente d'augmenter la largeur des espaces intercostaux et de dépasser à travers.

Dans un assez grand nombre de ces cas (5 sur 7), il existait donc une tumeur extérieure qui est venue originairement de l'intérieur de la poitrine, ainsi que

l'indique la marche de son développement. Les carac-tères de cette tumeur sont assez variables; elles n'ont un caractère évident que quand elles viennent à voluer; le plus souvent elles sont le siége de douleurs lancinantes.

Ces tumeurs externes, d'origine primitivement intérieure, sont parfois le siége de battements nocturnes au pouls : ceci m'amène à parler d'un phénomène curieux qui a été signalé depuis Graves; c'est ce que l'on connaît sous le nom de pulsature du poumon. Quand une tumeur solide, cancéreuse ou autre, siége dans la poitrine, au voisinage du cœur, les battements de cet organe se transmettent à la tumeur qui vient lutter contre les parois thoraciques et donner lieu à la sensation d'un battement, là où d'habitude on n'en rencontre pas. C'est absolument le même phénomène qui se passe dans le cas de tumeurs abdominales placées au-devant de l'aorte. Ces battements sont le plus souvent simples, quelquefois ils s'accompagnent d'un bruit de souffle qui peut les faire confondre avec les tumeurs anévrysmales; ce bruit de souffle dépend de la compression de la trachée et n'est pas isochrone au pouls.

J'arrive à un autre phénomène local que nous avons noté dans notre première observation, que W. Stokes a trouvé dans ce cas qu'il rapporte et qu'il dit avoir rencontré deux fois sur sept. Je veux parler de la dilatation des veines præ-thoraciques qui sont devenues

presque variqueuses. La plupart du temps, cet état variqueux des veines s'étend au cou et à la face, et sur la paroi abdominale antérieure En même temps que cela, on a noté assez souvent l'œdème du côté correspondant du thorax. Je ne parle pas ici des varices et de l'œdème du membre supérieur. Ces théories expliquent aisément les désordres que l'on rencontre à l'intérieur de la poitrine, par la difficulté de la circulation consécutive, et, par conséquent, par la stase du sang dans les vaisseaux périphériques.

3° Symptômes de voisinage.

Après les symptômes locaux de l'affection qui nous occupe, il nous reste encore à parcourir rapidement les symptômes de voisinage, c'est-à-dire les symptômes manifestés par les organes ou systèmes avoisinant la partie affectée des poumons. Nous avons déjà tracé une partie de ce sujet, en parlant des modifications des parois thoraciques ; mais cette étude nous a semblé mieux placée au paragraphe des symptômes locaux, parce que les parois thoraciques font partie intégrante du système pulmonaire envers lequel elles jouent un rôle de protection, autant qu'un rôle actif dans leur fonctionnement. Il faut donc nous occuper ici des résultats de l'affection cancéreuse localisée sur le poumon, sur les divers organes intrathoraciques et même sur certains organes abdominaux;

l'influence se transmettant à travers le diaphragme qui, quoique étant un voile de séparation, n'a pas assez de force pour empêcher toute influence venant de plus haut.

Cœur. — Le cœur peut être comprimé ou déplacé; s'il est comprimé, il en résultera un assez grand nombre d'effets : au point de vue général, la circulation sera gênée, d'où gêne de la respiration, lipothymie, syncope, cyanose; au point de vue local, il y aura, soit des palpitations, si la tumeur est placée en arrière, soit une absence de battements, dans le cas où la dégénérescence aurait envahi le médiastin antérieur. Les bruits seront voilés, obscurs, profonds ou superficiels, et accompagnés d'un bruit de souffle assez semblable à celui qui se produit dans l'endocardite, l'hydropéricarde, etc.

Dans le cas où le cœur est déplacé, il peut être porté en divers sens : à droite, si la tumeur siége à gauche; au bas, si elle siége, au contraire, à la partie supérieure du médiastin, etc. Dans ce dernier cas, le diaphragme sera refoulé en bas, et les battements du cœur seront perçus à l'épigastre, quelquefois même à l'ombilic. Dans les autres déplacements, les battements changeront aussi d'une façon correspondante. Nous ne nous y arrêterons pas davantage.

Trachée. — Ce conduit est aussi souvent comprimé; parfois, c'est quand les ganglions bronchiques sont at-

taqués par la dégénérescence et qu'on a affaire à un engorgement cancéreux de ces ganglions, affection que M. le professeur Fonssagrives a si bien décrite dans ces derniers temps; d'autres fois, la compression se fait par la masse totale de la tumeur, qui veut avancer ou se développer dans le médiastin postérieur, et qui vient se mettre en rapport avec la terminaison de la trachée ou l'origine et le tronc des bronches. La dyspnée est grande alors, et l'auscultation décèle un sifflement striduleux, dû précisément à la difficulté du passage de l'air.

Œsophage. — L'œsophage comprimé est envahi dans ces mêmes cas; il ne laisse plus passer les aliments et il y a dysphagie plus ou moins complète.

Enfin, le diaphragme peut être refoulé en bas; le foie, également déplacé, vient faire saillie au-dessous des côtes; la rate est aussi entraînée en bas; consécutivement, il y a gêne de la circulation intestinale, compression de la veine-cave, d'où, ascite, diarrhée, etc.

Un dernier caractère que nous invoquerons comme symptôme de voisinage, pour terminer cette fastidieuse énumération, est la compression de la crosse de l'aorte, ou plus souvent de l'artère sous-clavière correspondante au côté où siége le mal. On comprend que quand la tumeur vient saillir au cou ou au niveau de la clavicule, ce vaisseau puisse facilement recevoir ces influences de voisinage et être plus ou moins

gêné dans sa contraction, sa dilatation, etc., et c'est ce qui nous explique la faiblesse de l'un des pouls. Lorsque la compression porte sur la veine du même nom, il est évident que l'œdème du membre supérieur va s'ensuivre. Ce cas n'est pas très-rare; nous l'avons constaté dans l'une de nos observations; il a été très-fréquemment signalé par les divers auteurs.

C'est aussi par la compression de la veine-cave supérieure qu'on explique cette turgescence de la face, cette dilatation des veines de la tête et du cou et l'œdème qui s'ensuit; enfin, on comprend que si la tumeur était assez considérable pour obturer complètement cette veine de manière à empêcher le retour du sang de la tête, on puisse alors constater des symptômes de congestion cérébrale, congestion qui irait en croissant, vu la persistance de la cause qui la détermine. Dans quelques cas où cette compression est moins forte, on a noté la saillie ou l'injection des yeux, la coloration livide des paupières, etc.

MARCHE. — DURÉE. — PRONOSTIC.

La marche du cancer des poumons est sans cesse envahissante, rien ne l'arrête, car il ne nous est pas donné d'extirper la cause de la maladie ; pourtant il y a parfois quelque moment de calme, mais les troubles

reparaissent bientôt pour ne cesser jamais. Si elle est paroxystique jusqu'à un certain point au début, elle est, au contraire, continue vers la fin. Le marasme s'empare du malade, puis vient tout le cortége de la cachexie : teint jaune-paille très-prononcé, diarrhée colliquative, dyspnée extrême; les douleurs, s'il en existait auparavant, peuvent cesser alors, mais pour être suivies d'une mort prochaine.

La durée de la douleur est assez indéterminée, la plupart des auteurs admettent qu'elle est encore assez longue, et que la marche est chronique dans tous les cas. Les auteurs du Compendium de médecine citent même un cas où le malade vécut plusieurs années après la constatation d'un cancer du poumon Mais il n'en est pas toujours ainsi; chez les deux malades qui ont fait l'objet de notre étude, la présence des tubercules cancéreux paraît n'avoir duré que six mois, ou un an au plus, à en juger par les renseignements que nous avons pu recueillir. M. le professeur Dupré a observé un cas où la maladie n'a pu évidemment durer que trois ou quatre mois au plus. On voit donc que, sous ce rapport, les renseignements ne sont pas plus certains que ceux que nous fournissent les symptômes, et qu'on ne peut sous ce point différencier le cancer du poumon d'avec la phthisie tuberculeuse, car tous les deux présentent les mêmes hésitations, les mêmes différences dans leurs principaux caractères.

Il est de toute évidence que le malade est voué à

une mort prochaine; il n'appartient pas, ce nous semble, au médecin de pouvoir entraver la marche du cancer des poumons. Il est, certes, d'autres maladies hétéroplastiques que l'on peut rendre stationnaires, que l'on peut brider un instant (qu'on nous passe cette expression), témoin la phthisie, que l'on ne guérit pas, il est vrai, mais que l'on modère et que l'on peut même supprimer momentanément, ainsi que nous l'a montré M. le professeur Fonssagrives dans un remarquable ouvrage qu'il a publié récemment. Mais tout est inutile dans le cancer, et c'est la nature seule qui, dans quelques cas, peut, avec ses propres forces, résister un certain laps de temps, jusqu'à ce que la lésion reprenne le dessus et entraîne le marasme, puis la mort.

DIAGNOSTIC.

Avant d'aborder cette partie de notre travail, nous voulons établir une distinction qui a été négligée pendant longtemps, et qui n'en est pas moins réelle, ainsi que l'a montré avec tant d'autorité M. le professeur Dupré. Le cancer des poumons et la phthisie cancéreuse ne sont pas la même chose. On sait que Bayle les confondait complètement, et que pour lui *phthisie cancéreuse* ne signifiait pas autre chose que *cancer des poumons*. Mais il y a loin entre les symptômes de l'un et de l'autre.

Si dans la phthisie pulmonaire cancéreuse, il y a toujours développement de cancer dans le tissu pulmonaire, d'abord la disposition du tissu hétéromorphe varie dans les deux cas, et la phthisie, ce que les anciens comprenaient vraiment sous ce mot, et ce que les modernes doivent entendre, ne se manifeste guère que dans le cas de cancer infiltré et primitif. Les conséquences les plus immédiates de cette dernière circonstance sont le développement de la phthisie pulmonaire en général, c'est-à-dire cet appareil de symptômes qui accompagne dans tous les cas la consomption, la fièvre lente, le marasme, la toux, l'hémoptysie, les crachats purulents, l'ulcération progressive des poumons, l'altération générale des humeurs, etc. etc. Ici, c'est le poumon qui est le point de départ de ce cortége symptomatique, c'est le tissu cancéreux qu'on doit accuser de tout produire Dans d'autres cas, au contraire, le cancer du poumon n'est que consécutif et secondaire dans le développement de ces phénomènes d'hecticité; le marasme est dû à l'état général du sujet, à la présence de lésions antérieures et étrangères à l'organe essentiel de la respiration; il n'y a pas alors phthisie pulmonaire, et la présence du cancer dans les poumons ne doit pas être considérée comme lésion principale; elle est un simple accident de contingence.

Nous ne nous appesantirons pas davantage sur cette distinction, renvoyant pour plus amples détails à l'in-

téressant mémoire de M. le professeur Dupré, où cette question se trouve traitée tout au long avec un grand luxe d'érudition et avec toute la profondeur que comporte un pareil sujet de nosologie. Nous nous hâtons de passer au diagnostic du cancer du poumon lui-même, qui seul doit nous occuper ici.

Si nous nous rapportions à l'article précédent des symptômes, nous verrions que le nombre des signes de la maladie qui nous occupe est très-considérable, très-varié ; on croirait tout d'abord n'avoir affaire qu'à une maladie dont le diagnostic serait aisé. Telle n'est pas l'opinion des pathologistes, même de ceux qui ont voulu établir la caractéristique de l'affection. Chaque nouveau cas présente des difficultés nouvelles, qui sont quelquefois insurmontables, et si le diagnostic est probable dans plusieurs circonstances, il n'est aucune circonstance, je crois, qui soit réellement pathognomonique.

Nous n'avons, pour nous assurer de cette dernière assertion, qu'à revenir aussi sur le même tableau et parcourir les réflexions que chaque symptôme a entraînées sous le rapport de sa constance, de ses conditions ou productions, etc.; pour éviter l'ennui des répétitions, nous avons cru devoir faire suivre chaque symptôme de ces réflexions; nous n'aurons comme cela qu'à y revenir superficiellement.

Mais la difficulté de la chose n'a pas entraîné avec elle sa négation, l'aveu de son impossibilité. Plusieurs

auteurs, convaincus pourtant de la presque impossibilité d'y arriver, ont voulu du moins tâcher d'en rendre la probabilité plus grande; ils ont rassemblé les éléments du diagnostic épars çà et là; nous devons les suivre dans cette voie-là.

Supposons un malade atteint de toux et dyspnée; on explore immédiatement la poitrine. On constate, avec la déformation que nous avons signalée plus haut, la matité très-étendue; l'auscultation est nulle en ce point, ou du moins ne nous fait percevoir que du souffle tubaire; avec cela, nous avons un sifflement trachéal très-prononcé, de la dysphagie. Le cœur est déplacé, quelquefois même gêné, ainsi que l'indiquent le trouble de ses battements et le bruit du souffle au premier temps. On diagnostique, à coup sûr, une tumeur intra-thoracique, dont la matité et les phénomènes indiqueront, à peu de chose près, les limites.

Une chose nous arrête d'abord. La tumeur est-elle liquide ou solide? Avons-nous affaire à un empyème, à une pleurésie chronique, ou à une tumeur du poumon lui même? Dans le cas d'empyème, de pleurésie chronique, on aura de plus le ballottement du liquide, le changement de la matité, l'égophonie. Mais on sait combien sont variables les conditions d'un épanchement pleural, et combien varient consécutivement les symptômes qui les accusent. Aussi, il n'est pas rare, dans un épanchement même chronique, de voir manquer les phénomènes de succession, de mobilité, de la matité.

Il ne reste plus alors que l'égophonie, que Heifelden donne comme seul signe différentiel. Dans un cas intéressant rapporté par ce même auteur, l'égophonie elle-même vient à manquer. Il faudra donc avoir recours à d'autres moyens que la percussion et l'auscultation pour assurer un bon diagnostic; si nous prenons une autre maladie chronique de la poitrine et que nous la comparions au cancer du poumon, mêmes hésitations; soit la phthisie tuberculeuse, celle-ci peut entraîner de la matité, de la sonorité à certains moments. Les phénomènes de l'auscultation seront aussi à peu près les mêmes; le début différera. il est vrai, sous ce rapport, mais on sait aussi combien varient à l'infini les signes stéthoscopiques du cancer pulmonaire. A un certain moment, dans les deux cas, on pourra avoir des râles sous-crépitants, caverneux, etc.

La rétraction de la poitrine et l'immobilité des côtes se montrent aussi très-fréquemment dans la tuberculisation. Nous ferons observer dès maintenant que la matité du cancer des poumons est plus grande, plus absolue que celle de diverses autres maladies de la poitrine.

Mêmes difficultés au point de vue des symptômes locaux pour une pneumonie chronique qui a entraîné l'induration d'une grande partie de l'organe. Dans ce dernier cas, comme dans l'empyème, on sera privé d'une ressource qui peut, jusqu'à un certain point, être utile dans le diagnostic différentiel d'avec la phthisie; je veux parler du siége de la matité, qui est tou-

jours au sommet pour les tubercules, le plus souvent vers le milieu ou à la base de la poitrine pour le cancer du poumon.

L'auscultation et la percussion ne sont donc pas d'un grand secours pour différencier le cancer du poumon d'avec les autres maladies chroniques de la poitrine. Les autres symptômes locaux ont peut être une valeur un peu plus grande; par exemple, la dilatation des veines prœ-thoraciques qu'on a souvent observée, l'œdème d'un côté du thorax et du membre supérieur correspondant ; nous ne nions pas la valeur de ces signes quand ils existent, et les soupçons qu'ils peuvent faire naître de la présence d'un cancer pulmonaire, mais outre qu'ils n'existent pas toujours, on peut aussi les rencontrer dans d'autres maladies.

Je pourrai en dire autant de chacun des symptômes pris en particulier, même de ceux qui ont été donnés comme caractéristiques de l'affection ; mais si l'on étudie avec soin l'ensemble de faits qu'on a signalés comme se rapportant au cancer du poumon, si on compare cet ensemble à celui des autres maladies de poitrine , il sera possible d'avoir des présomptions légitimes sur l'existence de cette redoutable maladie.

C'est par cette synthèse qu'on voit certains médecins diagnostiquer un cancer du poumon , sans faire erreur.

W. Stokes, appelé en consultation, crut aussi pouvoir assurer l'existence d'un cancer pulmonaire , et

il raconte ainsi les raisons qui le portèrent à porter ce diagnostic : 1° la douleur vive du côté, le pouls restant naturel ; 2° les crachats gelée de groseille ; 3° la persistance des symptômes et des signes morbides, malgré le traitement ; 4° la continuation des symptômes d'une affection pulmonaire, quoique les deux côtés de la poitrine fussent redevenus symétriques, ce qui annonçait qu'une maladie nouvelle (le malade avait eu primitivement un épanchement pleurétique) était développée et faisait des progrès, l'existence des veines variqueuses et leur accroissement après que le côté était revenu à son volume naturel ; 5° l'entière imperméabilité du sommet du poumon et l'absence complète de tout signe d'ulcération, par suite de l'absence de tout phénomène sthétoscopique à ce niveau.

Sans doute, quand autant de symptômes se trouvent réunis, j'avoue que le diagnostic est à peu près certain.

L'absence de fièvre exclut toute idée de maladie inflammatoire de la poitrine ; les autres symptômes ne se rencontrent aussi que rarement dans les maladies autres que le cancer des poumons ; les crachats gelée de groseille, viennent enfin, pour Stokes, compléter le diagnostic. Mais encore que d'objections n'aurait-on pas à faire à ce diagnostic, déduit sans doute de toutes les lois de l'analogie, mais dont la certitude ne nous semble pas évidente quand on veut

arriver à ce but! Il faut encore, ce me semble, d'autres renseignements dont l'importance n'est pas moins grande.

Le cancer est habituellement héréditaire, il faudrait donc s'enquérir s'il n'y a pas, dans ces cas, quelque vice d'hérédité qui viendrait augmenter la présomption de ce que démontrent les symptômes locaux.

La récidive du cancer est encore bien plus admise que l'hérédité ; la circonstance de tumeurs cancéreuses actuelles soit au voisinage, soit sur la poitrine elle-même, viendra ajouter à la sûreté du diagnostic. Sur sept observations, cinq fois on a vu les tumeurs cancéreuses au niveau de la poitrine et venant de l'intérieur de cette cavité. Si l'examen de cette tumeur herniée fait rejeter l'idée d'une pneumocèle ou d'un anévrysme, qu'elle soit le siége de douleurs lancinantes et qu'avec elle existent tous les attributs de la diathèse et de la cachexie cancéreuse, le diagnostic, à notre avis, sera confirmé.

Je ne rappellerai pas ici les caractères qui différencient les tumeurs cancéreuses des pneumocèles, pas plus que des anévrysmes ; ces caractères sont trop saillants et trop évidents pour donner lieu à la moindre confusion.

M. le professeur Dupré a résumé ainsi qu'il suit les points qui peuvent aider à rendre le diagnostic le plus probable possible :

1° Hérédité cancéreuse ou cancer antécédent chez le malade.

2° Absence d'habitude catarrhale, invasion brusque de la maladie.

3° Aspect sombre et douloureux du visage, coloration jaune-paille ou terreuse et sale de la peau avec conservation du blanc nacré des sclérotiques.

4° Siége des néoplasmes ailleurs qu'au sommet des poumons ; envahissement rapide et progressif du tissu pulmonaire par le tissu nouveau ; rapide évolution de celui-ci et promptitude de son ramollissement.

5° Douleurs plus ou moins lancinantes du thorax ne pouvant être rapportées à aucune autre cause.

6° Enfin, exclusion de tout signe précis de tubercules, de pneumonie ou de pleurésie chronique.

Si l'on réunit ces deux tableaux ensemble, et si on ajoute la présence de tumeur cancéreuse au voisinage de la poitrine, qu'on a vu se rapprocher peu à peu de cette cavité et pénétrer même comme nous l'avons vu dans nos deux observations et surtout dans la seconde, je ne doute pas alors qu'on ne puisse porter sûrement un diagnostic et affirmer l'existence d'un cancer des poumons.

Mais pour cela il faudrait que le cancer pulmonaire donnât toujours lieu à tous ou à la plupart de ces symptômes, mais que de fois n'en est-il pas ainsi, que de fois le malade n'a-t-il rien accusé, pendant la vie, du côté de la poitrine. Le marasme et la cachexie

prédominaient seuls et la nécropsie est venue après révêler cette redoutable maladie.

Donc, quoiqu'on en dise, le diagnostic du cancer pulmonaire est possible dans certains cas, il en est aussi, et ce sont peut-être les plus nombreux. quine manifestent pas de signes assez évidents pour le faire reconnaître.

Si on diagnostique un cancer de la poitrine, son siége sera déterminé par l'appréciation des phénomènes secondaires et surtout des phénomènes de voisinage, dont nous avons parlé plus haut; ainsi le siflement striduleux de la trachée, la dysphagie en même temps que la matité postérieure. dénoteront la présence de la dégénérescence dans le médiastin postérieur, et ains de suite.

M. le professeur Fonssagrives, et après lui un certain nombre d'auteurs, ont parlé d'une affection de ganglions bronchiques intra-thoraciques, qui consiste dans l'engorgement, soit tuberculeux, soit cancéreux oui mélanique, occasionnant de la toux, de la dyspnée, de la dysphagie, et le sifflement trachéal, comme dans certains cas de cancer des poumons. Si l'engorgement est cancéreux, il y aura même ces douleurs lancinantes intra-thoraciques, à qui Bayle accorde une si grande importance dans le diagnostic du cancer des poumons.

Mais dans le cas d'engorgement ganglionnaire, la toux est quinteuse comme dans la coqueluche, l'expectoration est nulle, la percussion ne donnera aucun renseignement et l'auscultation fera surtout percevoir des

râles ronflants localisés. Enfin il n'y a pas ces symptômes de cachexie qui deviennent un caractère, lorsque l'affection pulmonaire a déjà tant soit peu évolué.

On voit donc que les phénomènes différentiels sont encore assez tranchés.

TRAITEMENT.

Nous arrivons à la partie la plus ingrate de notre question, car c'est elle qui fournit le moins de résultats. Si, jusqu'à un certain point, on peut reconnaître à la maladie des causes, des symptômes, établir même son diagnostic sur des bases qui présentent un certain degré de solidité et d'intérêt, on ne saurait en dire autant du traitement.

Jusqu'ici, il a été et il est toujours inefficace. On sait le peu de valeur qu'il faut accorder à ces prétendus spécifiques du cancer. Nous ne pouvons même pas, dans ce cas, recourir à cette ressource, malheureusement si peu avantageuse dans la plupart des cas; je veux parler de l'intervention chirurgicale. Le malade est fatalement voué aux souffrances et à la mort; le médecin est condamné à une décourageante inactivité, ce qui a fait dire à Heifelden que le cancer des poumons est une maladie en dehors du domaine de l'art.

Mais, comme nous l'avons dit au commencement, si la thérapeutique est impuissante, le médecin a d'autres rôles à remplir. Si le malade ne peut pas être guéri, il veut au moins être consolé; cette consolation, il la trouvera dans les bonnes paroles et les encouragements du médecin ; car l'humanité nous fait un devoir de chercher à soulager quand nous ne pouvons guérir. La médecine des symptômes est évidemment la seule à iustituer.

On a proposé des remèdes réputés spécifiques du cancer : la ciguë, la belladone, l'arsenic, etc., etc. Mais l'emploi de ces substances est plutôt fatigant qu'utile : leur action sédative est réellement incontestable, mais on peut l'obtenir plus sûrement encore par d'autres médicaments. Je ne parle pas des autres médications qu'on a signalées comme limitant le cancer, empêchant la formation de nouveaux néoplasmes, favorisant la révolution de ceux qui existent déjà. On comprend que se sont là des idées beaucoup plus théoriques que pratiques, dans les cas de cancers viscéraux.

On a employé l'inhalation de vapeurs arséniales (Dupré), iodées, chlorées, etc. L'effet a toujours manqué.

Quand le cancer du poumon se complique de tumeurs ulcérées, il faut laver la plaie avec des substances détersives, l'acide phénique, le coalthar saponiné de Lebœuf, etc.

Il faut faire éviter au malade l'inhalation d'odeurs

infectes et putrides, qui non-seulement entraîneraient l'augmentation de l'état cachectique, mais encore pourraient agir localement d'une façon très-nuisible sur le poumon lui-même.

Nous avons dit qu'il fallait surtout s'adresser aux symptômes : le plus frappant de tous est la dépression des forces et le marasme; il faudra, pour combattre cet état, avoir recours aux toniques médicamenteux et alimentaires et aux dépuratifs : huile de foie de morue, quinquina, fer; il faut, en d'autres termes, tâcher de changer la modalité du sang. Pour les autres symptômes ; on combattra la souffrance par les sédatifs et les opiacés: à mesure que l'assuétude s'établit, on élèvera graduellement les doses.

L'expectoration sera facilitée par les béchiques, la toux sera calmée par des narcotiques, enfin à chaque nouveau phénomène, on appliquera une thérapeutique qui le modérera ou le fera disparaître.

Le médecin se propose, par ces moyens, d'allonger autant que possible les jours de ses malades et de leur rendre la vie supportable.

FIN.

Vu, permis d'imprimer:
Le Censeur-Président, FONSSAGRIVES.

Vu :
Le Recteur de l'Académie,
A. DONNÉ.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES

le Candidat répondra verbalement.

(Arrêté du 22 mars 1842.)

CHIMIE MÉDICALE ET PHARMACIE.

Décrire la préparation des résines pharmaceutiques de quinquina et de jalap ; les distinguer de celles que le commerce fournit.

CHIMIE GÉNÉRALE ET TOXICOLOGIE.

Des sulfures d'arsenic ; faire connaître leurs propriétés physiques et chimiques, les procédés pour les obtenir et leur action sur l'économie animale.

BOTANIQUE ET HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE.

A quelles familles appartiennent principalement les végétaux ligneux de nos forêts ? Éclairer cette question par les caractères propres aux classes ou genres de ces végétaux.

ANATOMIE.

Exposition rapide des caractères principaux qui distinguent les races humaines, considérés sous le rapport anatomique.

PHYSIOLOGIE.

Le dynamisme humain est-il une puissance unitaire, indécomposable par l'expérience et par la pensée?

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES.

Définir le malade.

PATHOLOGIE MÉDICALE OU INTERNE.

Des engorgements du foie.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE OU EXTERNE.

Du mécanisme des incurvations subsidiaires de la colonne vertébrale.

THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE.

Des indications fournies par les parties affectées ou le siége des maladies.

OPÉRATIONS ET APPAREILS.

Des appareils inamovibles pour le traitement des fractures.

MÉDECINE LÉGALE.

De l'accouchement prématuré artificiel, considéré au point de vue médico-légal.

HYGIÈNE.

Quels sont les effets d'une vie d'action exagérée ou insuffisante avant le développement complet de l'individu ?

ACCOUCHEMENTS.

Du siége de la fécondation dans l'espèce humaine.

CLINIQUE INTERNE.

Des effets du tartre stibié suivant les doses auxquelles on le donne.

CLINIQUE EXTERNE.

De la carie des os du pied.

TITRE DE LA THÈSE A SOUTENIR.

Du cancer des poumons.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MESSIEURS :

BÉRARD (O. ✵), DOYEN.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ ✵ (C ✠).	*Médecine légale.*
BOUISSON (O ✵) C ✠.	*Clinique chirurgicale.*
BOYER ✵, *Ex.*	*Pathologie externe. Clinique des maladies syphilitiq. et cutanées.*
DUMAS ✵.	*Accouchements.*
FUSTER ✠.	*Clinique médicale.*
JAUMES ✵.	*Pathologie et thérapeutique gén.*
MARTINS ✵ ✠✠.	*Botanique.*
DUPRÉ ✵ (C ✠).	*Clinique médicale.*
BENOIT ✵.	*Anatomie. Clinique des maladies syphylitiques et cutanées.*
ANGLADA.	*Pathologie médicale.*
COURTY.	*Clinique chirurgicale.*
BÉCHAMP.	*Chimie médicale et pharmacie.*
ROUGET.	*Physiologie.*
COMBAL ✵	*Thérapeutique et matière médic.*
FONSSAGRIVES (O ✵) ✠✠ PRÉS.	*Hygiène.*
MOUTET.	*Opérations et appareils.*

M. LORDAT (C ✵), PROFESSEUR HONORAIRE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MESSIEURS :
QUISSAC.
BOURDEL.
GIRBAL.
GARIMOND.
JACQUEMET.
MOITESSIER.
GUINIER, *Ex.*
PÉCHOLIER

MESSIEURS :
CAVALIER.
CASTAN.
BATLLE.
ESPAGNE.
SAINTPIERRE.
ESTOR, *Ex.*
PLANCHON.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!